27

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS SUR

ANNEE 1973 N°

T H E S E

POUR

L E D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Francis CURTET

né le 19.12.43 à Marseille (13)

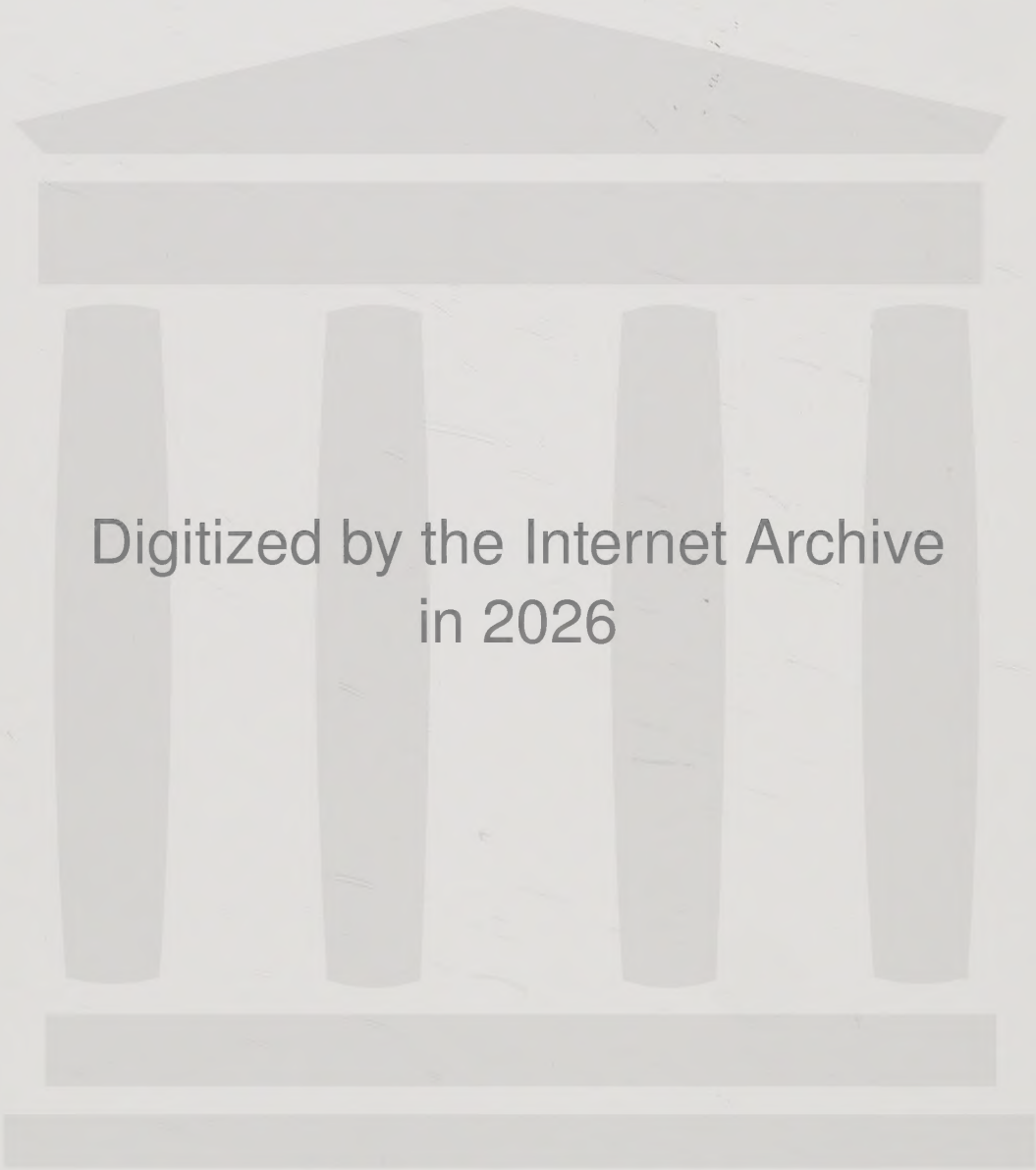
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

L A D R O G U E E N T H A I L A N D E

Président : Monsieur le Professeur Jean LAPRESLE


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543920_0043

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS SUR

ANNEE 1973 N°

T H E S E

POUR

L E D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Francis CURTET

né le 19.12.43 à Marseille (13)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

L A D R O G U E E N T H A I L A N D E

Président : Monsieur le Professeur Jean LAPRESLE

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Jean LAPRESLE

Médecin de l'Hôpital de BICETRE

qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

BIBLIOTECA

A MES MAITRES D'EXTERNAT

Monsieur le Professeur Clément LAUNAY
Monsieur le Professeur LE BEAU
Monsieur le Professeur FEVRE

Respectueusement.

A MES MAITRES D'INTERNAT

Monsieur le Docteur BORENSTEIN
Monsieur le Docteur MEROT

Psychiatres des Hôpitaux.

En témoignage de notre gratitude.

Nous tenons à remercier tout particulièrement pour leur aide précieuse :

- Monsieur KOMOL PENGSRITONG

Sous Secrétaire d'Etat au Ministère de la Santé Publique,

- Monsieur SOMSONG KANCHANAHUTA

Directeur du THANYARAK HOSPITAL,

- Monsieur JOHN HEDGES

Director of the U. S. Information Service,

ainsi que tous ceux qui, officiellement ou officieusement, ont contribué à la rédaction de cette thèse.

AU DOCTEUR Judith LEPINTRE

Mon estime.

AU DOCTEUR Claude OLIEVENSTEIN

Mon amitié.

AUX MIENS

Mon affection.

A MA FILLE

Ma tendresse.

dans la majorité des cas, leur pathologie mentale reste minime réalisant le plus souvent le tableau d'un déséquilibre caractériel simple. Non pas que la prise en charge des toxicomanes revienne aux seuls psychiatres. Mais si l'on admet que la qualité de la relation thérapeutique repose essentiellement sur la faculté d'écoute de l'interlocuteur, sur sa possibilité d'ouvrir un dialogue libre dans un climat dénué de tout sens moralisateur ou récupérateur, il faut reconnaitre que peu de gens disposent de la formation, de l'information et du temps nécessaire à une telle attitude, et que les psychiatres restent privilégiés pour établir un contact véritable.

II - CONSIDERATIONS GEOGRAPHIQUES ET HISTORIQUES

1° - SITUATION GEOGRAPHIQUE

En plein coeur de l'Asie du Sud Est, la THAILANDE est encerclée (en commençant par l'Ouest dans le sens des aiguilles d'une montre), par la BIRMANIE, le LAOS, le CAMBODGE, le GOLFE de THAILANDE, le Sud de la MER de CHINE, la MALAISIE et l'OCEAN INDIEN. Sa superficie est pratiquement la même que celle de la FRANCE (518.000 Km^2). Elle s'étend sur 1 650 Kms du Nord au Sud et 800 Kms d'Est en Ouest. Elle possède 35 millions d'habitants.

Schématiquement, on peut distinguer trois zones :

- Le Sud, où pousse une luxuriante végétation équatoriale,

-Le centre, immense plaine fertile couverte de rizières,

- Le Nord, où le prolongement naturel du plateau Birman de SHAN et les ramifications sus occidentales du système montagneux laotien forment une région accidentée et boisée. Cette dernière zone constitue un des centres essentiels de culture de l'opium, s'intégrant dans ce qui est appelé "the Golden Triangle", le Triangle Doré, ainsi nommé en raison des profits considérables qui s'y rattachent. Ce territoire (qui couvrirait plus du quart de la superficie de la FRANCE) est situé à cheval sur les frontières birmanes, thaïlandaises et laotiennes, atteignant au nord la province chinoise du YUNNAN. Connu sous le nom des "Etats CHAN", au nombre de six

SUD-EST ASIATIQUE

1 - BANGKOK
2 - CHIANG-MAI
3 - CHIANG-RAI
4 - KHON-KAEN
5 - SONGKHLA
6 - MAE-SAI
7 - SINGAPOUR
8 - HONG-KONG
9 - SAIGON

états CHAN du nord et de trente sept du sud, il est peuplé par deux millions de montagnards, les Punongs.

Cependant, la majorité de la population de la THAILANDE appartient au groupe ethnique des Thaïs ; les minorités les plus importantes sont constituées de Malais, Chinois et Indiens. La religion prédominante est le boudhisme professé par 94 % de la population.

La capitale BANGKOK (deux millions d'habitants) est le plus grand port de THAILANDE. La ville présente deux aspects très distincts : celui de l'agglomération indigène (chaumières de bambous adossées les unes aux autres dans un dédale de ruelles, canaux encombrés de sampans sur lesquels vivent plus de deux cent mille personnes), et celui du centre administratif et commercial édifié selon des critères urbanistes modernes de type occidental.

Troisième pays de l'Asie du Sud Est par sa superficie et sa population, la THAILANDE est à l'avant dernier rang pour le revenu par habitant. 80 % de la population active est employé dans l'agriculture, et sa situation précaire est celle d'ouvriers saisonniers ou de petits fermiers.

2° CONSIDERATIONS HISTORIQUES

Connu aussi sous le nom de SIAM, le pays a pris, au lendemain de la deuxième mondiale, celui de THAILANDE, du thaï "MUENG THAI", ce qui signifie "Terre de la Liberté". En effet, la THAILANDE est libre depuis 700 ans ; elle n'a jamais été colonisée par aucun pays européen.

La THAILANDE est une monarchie constitutionnelle dont le pouvoir législatif est exercé par le roi et par une assemblée nationale. Le pouvoir exécutif appartient au gouvernement actuel, essentiellement composé de chefs militaires, qui a pris le pouvoir en 1957, a dissout l'Assemblée Nationale et les partis politiques et a proclamé une nouvelle constitution en juin 1968.

La dépendance vis à vis de la drogue a été considérée comme un problème social en THAILANDE depuis plus de 600 ans. Aucune preuve ne peut indiquer les premières traces d'opium en THAILANDE. L'Histoire commence durant le règne du Roi RAMATHIBORDEE 1er. Il considérait que les hommes couraient un énorme danger en fumant l'opium, car ils ne pouvaient plus travailler pour gagner leur vie, ni se battre contre l'ennemi, en raison de leur misère physiologique. Aussi, en 1387, il proclama une loi punissant très sévèrement ceux qui fumaient, ingéraient ou vendaient l'opium. En dépit de cette loi, le nombre d'opiomanes ne diminua pas. Au contraire, il augmenta progressivement au cours des siècles, et ceci d'autant plus que les chinois qui s'adonnaient à l'opium émigrèrent en THAILANDE sans cesser leur pratique. Des mesures strictes furent prises à l'encontre du trafic, mais elles aboutirent essentiellement à faire grimper les prix au marché noir. Les vieux chinois s'associèrent en un gang secret et prospère, "the Ang-Yee Society", qui causa maintes difficultés au gouvernement.

Devant l'inefficacité des mesures prises, le Roi

RAMA IV mit en place, en 1851, un nouveau mode de contrôle et une nouvelle loi. Cette loi autorisait les chinois, et non les thaïs, à fumer l'opium et à le commercialiser, à condition de le déclarer et de payer une taxe au gouvernement. Le contrôle devint ainsi plus efficace : une meilleure prévention de l'opiomanie était réalisée, et des impôts supplémentaires étaient collectés... Le gang secret "the Ang-Yee Society" fut alors dissout spontanément.

En 1908, le Roi RAMA V prit de nouvelles dispositions : il considérait l'opium comme nuisible pour les citoyens et la nation, mais il était conscient qu'abolir son usage se heurtait à d'énormes difficultés, non seulement en raison du déficit en impôts que cela entraînerait, mais aussi en raison du problème délicat que poserait alors la désintoxication des opiomanes. Aussi, le gouvernement décida-t-il de prendre lui-même en charge le commerce de l'opium. Il installa une usine de préparation de la drogue qui était vendue directement, en tube, aux fumeurs. Ceux-ci devaient fumer dans des fumeries contrôlées par le gouvernement. Une carte de "toxicomane" était nécessaire.

En 1955, un nouveau plan fut élaboré qui proposait d'abolir toute consommation et tout commerce d'opium. Mais ce plan entraîna de longues discussions en raison de l'importance du déficit en matière d'impôts qui résulterait de son application.

Or, en 1958, le parti révolutionnaire, mené par FIELD MARSHAL SARIDDH THANARACHATA, prit le pouvoir. Ce nou-

veau parti, considérant que l'opium est à l'origine de la destruction des êtres humains et des nations, fit une déclaration, sous le n° 37, qui fut considérée comme une loi. Elle abolissait totalement la culture du pavot ainsi que l'usage et le commerce de l'opium. Le Ministère de la Santé Publique et le Ministère de l'Intérieur furent chargés de mettre en place des unités de soins spécialisées (ou les fumeurs étaient autorisés à se soumettre à un traitement médical) ainsi que les organismes de contrôle. Nous y reviendrons plus tard.

III - LES DROGUES EN THAILANDE

I) - LES DROGUES

Il n'a jamais été question dans les précédents paragraphes d'autre drogue que de l'opium. Il ne faudrait pas croire pour autant qu'il n'existe pas d'autres produits utilisés en THAILANDE, mais leur apparition est relativement récente alors que l'opium y a une vieille histoire. C'est la raison pour laquelle l'opium inaugurera ce chapitre.

Le pavot est cultivé électivement dans la région du "Triangle Doré", peuplée par des montagnards, les Punongs. L'origine de ces hommes est mal connue, sans doute chinoise. Un groupe particulier, les Méos, n'a cessé de descendre vers le sud au cours des siècles, mais toujours en restant dans les montagnes. Il faut y ajouter des soldats issus des régiments que TCHANG KAICHEK laissa en 1950 au YUNNAN. Ces soldats, petits trafiquants d'opium, épousèrent les femmes des tribus montagnardes. Ils possedaient des armes, ils étaient forts... Aucun gouvernement ne pouvait les controler. Tous ces hommes, qu'ils vivent au LAOS, en BIRMANIE, ou en THAILANDE, n'ont cure des lois généralement appliquées. Les frontières, pour eux, n'existent pas, et la force publique est loin. Effectivement, la police s'interesse bien plus aux acheteurs qu'aux tribus montagnardes, et cela notamment pour deux raisons :

- D'une part, il est extrêmement difficile de découvrir les plantations de pavot disséminées dans la montagne. Au delà d'un espace défriché, la jungle pousse, épaisse et luxuriante, et on conçoit avec quelle facilité peuvent être plantés, derrière cet écran exubérant, des

petits champs clandestins, impossibles à découvrir par les autorités.

- D'autre part, les tribus montagnardes sont nomades; elles n'ont pas de nationalité définie. Elles peuvent donc, au gré des circonstances, se déplacer et recommencer leurs cultures à l'abri de tout contrôle.

Chaque pied de pavot donne 5 grammes d'opium brut, ce qui fait un rendement moyen à l'hectare de 15 à 20 kgs, 60 kgs les bonnes années. Au total, environ 1.000 tonnes d'opium sont produites chaque année dans la région du "Triangle Doré". Les champs de pavot, que l'on complante en outre de divers légumes, peuvent donner pendant quinze ou vingt ans. Aussi surprenant que cela puisse paraitre, la culture du pavot n'est pas particulièrement lucrative pour les hommes de la tribu (d'autant plus que c'est un travail très dur), mais elle offre l'intérêt majeur de leur permettre de vendre leurs produits au village même. Ils pourraient obtenir autant d'argent, si ce n'est plus, en cultivant des piments rouges, mais, pour les vendre, ils leur faudrait quitter leurs montagnes familières et descendre à la ville, chose qu'ils n'aiment pas faire.

Seul un faible pourcentage de Méos (environ 10%) est toxicomane ; les autres ne sont que des fumeurs occasionnels, utilisant souvent la drogue comme un antalgique car les médicaments sont rares.

Jusqu'à une époque récente, le gouvernement avait laissé un peu à l'écart les tribus montagnardes, mais dernièrement elles se sont trouvées impliquées dans deux aspects de la politique thaïlandaise.

L'un est le fait que les montagnes ont été le théatre de sévères combats entre troupes thaïlandaises et rebelles probablement communistes. L'autre est l'accentuation de la pression internationale auprès du gouvernement pour mettre un terme à la culture du pavot. La solution est problématique, non seulement parce que de nombreux villages sont difficiles à atteindre et les cultures à localiser, mais aussi parce que, depuis les temps les plus reculés, l'opium constitue pour les cultivateurs leur principale référence d'existence. Il faut porter au crédit du gouvernement qu'en dépit de ces difficultés, la culture de l'opium dans le pays soit en déclin.

Si, en 1959, la majorité des toxicomanes traités à l'hôpital était des opiomanes, ce n'était plus le cas en 1970. A cette date, 75% des patients étaient héroïnomanes, et 3,5% seulement opiomanes. Cette modification repose sur divers facteurs et notamment sur une conséquence pratique et immédiate des dispositions prises en 1958. Ne pouvant plus se procurer d'opium, les consommateurs se sont tournés vers d'autres substances, et c'est ainsi qu'une nouvelle drogue fit son apparition en THAILANDE. Dans son rapport d'information au gouvernement, du 3 mai 1960, le Dr. PRAYOON NORAKARNPHADUNG révélait qu'il s'agissait d'héroïne, en provenance de HONG-KONG.

Contrairement aux pays occidentaux, l'héroïne est rarement utilisée sous forme d'injections intra-veineuses (quoique la voie injectable devienne actuellement de plus en plus populaire, surtout à BANGKOK). En THAILANDE, on fume l'héroïne selon un cérémonial bien précis, nommé "Chui Lung", la "chasse au dragon", que Mr. BELLANGER a décrit en ces termes :

"Accroupis devant une longue table basse, des hommes hâves, décharnés, habillés de pantalons trop courts et de maillots crasseux, se livrent à une opération mystérieuse au premier abord. Tenant en main un morceau de papier d'étain, ils y placent un peu de poudre prise dans un petit sachet de cellophane, et y mélangent une autre poudre, le "Daai fan". La première est de l'héroïne, de mauvaise qualité le plus souvent, et qui ne pourrait servir à être injectée en piqûres, l'autre est un hypnotique.

Allumant une mince bande de carton à la flamme d'une petite lampe, ils la tiennent sous leur feuille de papier d'étain. Ils font ainsi fondre leur mélange, et en respirent la vapeur à travers un petit tube de papier. En balançant la feuille, ils promènent le liquide stupéfiant, et c'est la "queue de fumée" qu'ils aspirent, ce que leur imagination leur a fait appeler "la chasse au dragon"."

Les opiomanes trouvèrent cette drogue plus facile à transporter et à consommer. L'héroïne est dix fois plus active que la morphine et cent fois plus que l'opium. Aussi, en la proposant, les vendeurs sont assurés d'avoir plus de clients, et des profits plus substanciels. En peu de temps, le prosélytisme aidant, le nombre d'héroïnomanes s'éleva et de nombreuses difficultés apparurent, causant une gêne pour l'ordre public, posant des problèmes sociaux, économiques, politiques, et contribuant à l'augmentation progressive de la criminalité. Devant une telle situation, le gouvernement créa le 12 avril 1961 le "Comité Central de Controle des Narcotiques", dont le rôle est triple :

- Combattre le trafic de drogue
- Prévenir l'état de dépendance à la drogue

- Coopérer avec les autorités chargées du traitement.

Le contrôle étant plus strict, il devint malaisé de passer de l'héroïne. Alors les traficants de HONK-KONG envoyèrent le produit brut, qui était transformé en héroïne en THAILANDE. Le controle demeure un problème fort préoccupant.

Si la drogue la plus populaire en THAILANDE est actuellement l'héroïne, d'autres substances tendent à prendre une place de plus en plus importante : il s'agit avant tout des amphétamines, puis des barbituriques, et enfin des tranquillisants.

La morphine, par contre, qui était utilisée par 21% des toxicomanes traités en 1970, semble être en régression en raison des difficultés rencontrées pour se la procurer et de son faible rapport d'activité comparé à l'héroïne.

Le cannabis mérite d'être isolé. Il est utilisé depuis longtemps en THAILANDE sous ses deux formes habituelles :

1° - Les fleurs et les feuilles séchées sont consommées sous forme de cigarette ou mélangées à divers aliments après avoir été réduites en poudre. C'est la marijuana, appelée ici "ganja".

2° - La résine, préparée en faisant bouillir les sommitées fleuries de la plante fraiche, est, soit ingérée (mélangée à un corps gras), soit fumée (mélangée à une cigarette ordinaire). C'est le haschich dont il existe une forme particulièrement stimulante en THAILANDE : le "kratom".

En 1930 environ, une loi fut promulguée, ui limitait l'usage du chanvre indien. L'habitude disparut pour reprendre il y a quelques

années dans les régions montagnardes. Le cannabis y est cultivé puis envoyé au VIET-NAM pour les G.I.'s. On arrêta certains soldats américains, on détruisit quelques plantations, mais une fois de plus, il n'est pas facile de découvrir toutes les cultures. De toute façon, le chanvre indien ne semble pas constituer un grand problème en THAILANDE car ce n'est pas la drogue la plus populaire. Néanmoins, comme il s'avère que ce sont surtout les jeunes qui fument, et que cela peut être le premier pas d'une escalade, le gouvernement s'efforce de réaliser un controle et une prévention au niveau des écoles.

Le L.S.D. semble peu employé en THAILANDE. Cependant selon certaines informations officieuses, il paraitrait que son usage soit actuellement en nette progression.

II - TRAFIC ET REPRESSION

Comment se procure-t-on de la drogue en THAILANDE, et comment s'opère le trafic ? Il est bien évident qu'en raison du caractère illicite de cet aspect, les informations recueillies sont le plus souvent officieuses, et qu'il importe de les recevoir avec toute la réserve qui s'impose.

Deux éléments sont frappants d'emblée :

- La facilité avec laquelle on peut obtenir de la drogue.
- Le manque de méfiance des revendeurs ou des intermédiaires.

Interrogé sur la possibilité de visiter une fumerie d'opium, un employé d'hôtel nous répondit qu'il existait bien des fumeries clandestines tant à BANGKOK qu'à CHIANG MAI, mais qu'il était impossible de les visiter sans être soi-même un consommateur. Leur clientèle sem-

blerait être presque totalement constiutée de G.I.'s. Les thaïlandais, eux, lorsqu'ils fument, le font chez eux ou bien en plein air. Par contre, l'employé proposa d'aller chez lui fumer la "ganja" au prix de 20 baths le sachet (5 F.). Cette même proposition s'est renouvelée une bonne dizaine de fois à l'occasion des rencontres avec des chauffeurs de taxi, des serveurs, des portiers d'hôtel, etc... A aucun moment, il n'est apparu que ces hommes aient conscience du risque qu'ils prenaient en proposant un tel marché à un inconnu qui aurait aussi bien pu être un policier ou un délégué étranger de la brigade des stupéfiants.

De même, les toxicomanes prennent assez peu de précautions pour se cacher lorsqu'ils consomment de la drogue, et nous avons pu le constater à trois reprises :

1° - A BANGKOK, il existe un hôtel qui semble le lieu de transit des beatniks et hippies du monde entier. Bien qu'il soit affiché dans les chambres qu'il est interdit de se droguer dans l'hôtel, on y fume ouvertement seul ou en groupe et le prosélytisme va bon train.

2° - Lors de la visite des ruines de SUKHO-THAI, ancienne capitale située entre BANGKOK et CHIANG MAI, nous avons rencontré une bande de jeunes garçons d'une quinzaine d'année. Ils fumaient la "ganja", au moyen d'une pipe à eau en bambou, au vu et au su de tout le monde. Bien loin de se soustraire aux regards, ils ont accepté de se faire photographier, tous groupés, hilares et fiers, autour de la pipe, comme une équipe de football autour du ballon !

3° - A CHIANG MAI, il nous a été possible d'aller retrouver en pleine nuit trois jeunes garçons qui fumaient la "ganja" au bord d'un canal, au moyen d'une pipe en bambou qui avait été cachée dans un buisson. Pour nous permettre de photographier, pendant que l'un fumait,

les deux autres éclairaient la scène en faisant brûler des feuilles de papier. Là encore, le climat de confiance fut total, à tel point qu'un des fumeurs nous donna son nom et son adresse, en demandant de lui envoyer la photo si elle était bonne !

La THAILANDE étant un des pays d'Asie le mieux équipé sur le plan des communications, elle sert avant tout de lieu de transit de la drogue. Des acheteurs font le tour des villages est Etats CHAN, y achètent l'opium bon marché puis le revendent au prix fort dans les ports d'où il est passé en fraude hors du pays. L'opium est ensuite acheminé en MALAISIE, à SINGAPOUR, à HONG-KONG, ou bien en Europe, soit par la voie maritime SAIGON-MARSEILLE, soit par caravanes jusqu'en TURQUIE, et de là à GENES ou MARSEILLE.

Il existe au LAOS des raffineries d'opium où sont fabriquées la morphine et l'héroïne. Des avions décollent du LAOS, survolent le CAMBODGE et le VIET-NAM pour éviter les radars thaïlandais et parachutent la drogue dans le Golfe de THAILANDE, où elle est récupérée par des bateaux.

Il existe de même des usines en BIRMANIE, et notamment à TACHILEK. Les autorités officielles américaines considèrent que cette ville de 10.000 habitants (mélange de thaïs, birmans, laotiens, shans, yunnanais, et tribus montagnardes) est la capitale de la drogue de l'Asie. Il semblerait que quelque part dans la ville existe une raffinerie, propriété d'un mystérieux chinois, où l'opium serait transformé à grande échelle en morphine-base puis en héroïne destinée à l'étranger. TACHILEK est une ville frontalière séparée de la ville thaïlandaise de MAE SAI par un pont qui enjambe une rivière. De MAE SAI par la grand route qui, en 800 kms., atteint BANGKOK. Cette route est l'une des plus importantes artères du trafic de drogue, et il semble bien que la

voie terrestre se substitue désormais à la voie aérienne, trop visible et trop facile à détecter. Le contrôle douanier se heurte à plusieurs difficultés :

1) - En période de saison sèche, la rivière peut être aisément traversée à pieds.

2) - Les birmans ont installé quatorze postes de contrôle sur 18 kms., mais les trafiquants les évitent par des chemins de traverse et des sentiers muletiers au travers des collines.

3) - Le gouvernement birman a longuement tardé à prendre des mesures énergiques. Peut-être parce que la frontière birmane constitue un no man's land où des armées privées circulent librement, et où un contrôle gouvernemental apparait donc difficile. Peut-être aussi parce que TACHILEK est un grand centre de trafic. Des marchandises thaïlandaises y arrivent pour être vendues dans le florissant marché noir birman qui alimente les déficiences de l'économie birmane nationalisée.

Les Thaïlandais, sous la pression des Etats-Unis, font un effort pour arrêter le flot de drogues en provenance de la région du "Triangle Doré" et plus spécialement de TACHILEK.

- Des postes de contrôle ont été installés sur les principales routes. Des saisies importantes ont ainsi pu être réalisées récemment. Mais les trafiquants ripostent en découvrant des procédés toujours plus ingénieux pour dissimuler la drogue.

- Des agents gouvernementaux ont été envoyés localement, notamment à LAMPANG et à CHIANG MAI. Il y a eu quelques arrestations, mais on ne peut pas parler de succès.

- Le gouvernement américain participe au contrôle en coopération avec la police thaïlandaise.

- Les Nations Unies ont envoyé un coordinateur à CHIANG MAI. Sa mission est d'assister les Thaïlandais avec un programme qui tend

à convaincre les tribus montagnardes qu'elles peuvent prospérer en faisant pousser d'autres plantes que la pavot.

- La loi établit une distinction entre fabricants, trafiquants, vendeurs et utilisateurs de stupéfiants :

- Les fabricants et les gros trafiquants peuvent être punis de peine de mort. Il y a eu une dizaine d'exécutions depuis 1962.

- Les vendeurs risquent plusieurs années de prison.

- Les utilisateurs sont également condamnés à être emprisonnés, mais, en vertu de l'article 49 du Code Pénal thaïlandais, ils sont en fait envoyés dans un hôpital spécialisé. Un bilan y sera établi à l'occasion d'une courte période d'observation. En cas de récidive, ils sont à nouveau traduits devant la justice, puis reviennent à l'hôpital, cette fois en qualité de "prisonniers", pour y recevoir un traitement médical.

Il est encore trop tôt pour dresser le bilan de ces actions. On ne peut parler, pour le moment, que d'un succès partiel.

IV - LES TOXICOMANES EN THAILANDE

Combien sont-ils ?

Aucune réponse précise ne peut être apportée à une telle question. Les derniers chiffres officiels datent de 1961 : on proposa alors le chiffre de 70.985 opiomanes. En 1972, on doit se contenter d'estimations officieuses : il semblerait qu'il existe actuellement en THAILANDE plus de 100.000 héroïnomanes, et 1.500.000 personnes (5% de la population) qui fument épisodiquement ou occasionnellement de l'opium, la "ganja" ou le "kratom".

Qui sont-ils ?

La réponse est encore plus délicate à fournir dans la mesure où toute enquête se heurte à une double barrière :

- Celle d'une courtoisie anonyme et systématique qui protège les secrets de la personnalité.

- Celle du langage ; les Thaïlandais ne parlent que rarement une langue étrangère, et quand cela est, il s'agit d'un anglais au vocabulaire si restreint et à la prononciation tellement exotique, que le dialogue se trouve vite limité.

Néanmoins, une certitude existe : l'immense majorité des toxicomanes est de sexe masculin.

On peut, par ailleurs, distinguer schématiquement deux grandes catégories :

- Les toxicomanes "traditionnels".

- Les "nouveaux" toxicomanes.

1° - LES TOXICOMANES "TRADITIONNELS"

Les toxicomanes "traditionnels" ont entre 40 et 50 ans. Ils fument avant tout l'opium, excluant quasi totalement toute autre drogue (monotoxicomanie). Ils négligent la voie injectable. Ils connaissent parfaitement leur dose de tolérance et fument donc sans excès. Ils supportent très bien leur toxicomanie et ne nécessitent que rarement une prise en charge médicale. Ils sont souvent issus de classes sociales défavorisées, et ont à affronter de gros problèmes de famille, de travail et de logement. Ils fuient ces problèmes dans la drogue. Pourtant, dans la plupart des cas, ces sujets travaillent et sont bien insérés dans la société, la prise de drogue ne constituant pour eux qu'une activité parallèle, complémentaire, qui permet de mieux supporter la vie de tous les jours.

Peut-on parler à leur propos de toxicomanes ?

- Non, si on se réfère à la définition moderne du Docteur OLIEVENSTEIN : "Nous entendons par toxicomane toute personne qui, à partir d'un produit de base, fait l'escalade avec un autre produit, et, (ou bien) les utilise quotidiennement ou quasi quotidiennement."

- Oui, si on reprend la définition ancienne de l'O.M.S. qui caractérise la toxicomanie comme un "état d'intoxication périodique ou chronique, nuisible à l'individu et à la société, engendré par la consommation répétée d'une drogue (naturelle ou synthétique)". Et il semble qu'à l'inverse des constatations occidentales, cette vieille définition puisse encore s'appliquer à une bonne partie des toxicomanes thaïlandais.

En 1935, le Bureau International du Travail, dans une étude sur l'usage de l'opium parmi des travailleurs d'Extrême-Orient, concluait ainsi : "La fatigue causée par un travail épuisant, la mauvaise santé et la pauvreté sont, dans la plupart des cas, à l'origine de l'habitude

de fumer chez les travailleurs." C'est avant tout cet aspect étiologique qui a prévalu jusqu'à il y a une dizaine d'années ches les toxicomanes thaïlandais. D'autres facteurs déterminants s'y rajoutent :

- Le désir d'atténuer la tension nerveuse.

- L'utilisation de la drogue comme antalgique, pour lutter contre la maladie.

- Le rôle des fréquentations, de la contagion et de la curiosité.

- Les troubles de la personnalité favorisant l'appétence toxicophile.

Ce dernier élément est bien loin d'être prédominant. On peut même dire que dans la majorité des cas, la prise d'opium, loin de constituer un acte pathologique ou bien une réaction d'opposition à la société, est un geste normal, naturel, s'intégrant dans la tradition et la culture asiatique. Il s'agit d'un comportement parfaitement admis (dans les moeurs si ce n'est par la loi) que l'on pourrait comparer à l'usage de l'alcool en France.

Bien plus que de s'étendre sur l'importance prédisposante du caractère contemplatif des asiatiques, il faut souligner le rôle déterminant de la culture thaïlandaise. Cette culture prone le contentement et l'indulgence envers les désirs personnels à l'exception de l'agressivité. Elle enseigne l'abstention plutôt que la résolution active des difficultés, et ne fournit pas d'exutoire à la décharge des instincts agressifs. Dès lors, la drogue apparait comme un prolongement quasi inévitable d'un tel mode de pensée : elle offre l'avantage de permettre transitoirement une résolution des tensions dans une démarche qui exclue passivement la réalité.

2° - LES "NOUVEAUX" TOXICOMANES

Depuis une dizaine d'années, une nouvelle catégorie de toxicomanes est apparue. Ils sont jeunes, de quinze à trente cinq ans. Leur toxicomanie est plutôt une monotoxicomanie (à l'héroïne surtout), mais il se dessine actuellement une nette progression vers une polytoxicomanie. Ils sont de plus en plus attirés par la voie injectable. Loin de s'insérer dans un cadre bien ritualisé et bien dosé, à l'image de leurs ainés opiomanes, leur démarche est excessive. C'est une recherche frénétique, insatiable, boulimique, dont ils tentent de reculer les limites un peu plus chaque jour. Toutes les classes sociales sont également touchées. Les motivations sont multiples : la curiosité, l'influence de l'environnement et des copains, la recherche du plaisir, parfois aussi d'authentiques troubles de la personnalité plus ou moins réactionnels à des conflits familiaux ou socio-professionnels. Mais de plus en plus il faut voir dans cette attitude une "crise de civilisation", un malaise profond de la jeunesse face à une société où elle ne désire ni ne parvient à s'intégrer.

La survenue, au coeur de l'Asie, de ce nouvel aspect de la toxicomanie, assez similaire à ce qui peut être rencontré en Occident, peut surprendre. Pourtant, on peut y appliquer, à quelques détails près, les mêmes analyses que celles qui ont pu être établies à propos des pays occidentaux, et nous voudrions, à ce propos, citer quelques extraits d'un remarquable article de Mr. GARNIER (Rev. Med. Dijon - Av. 1972) :

"Le phénomène capital des dernières années est, sans nul doute, l'extraordinaire développement de la culture de masse...
... Autrefois, il y avait adéquation entre le domaine de l'activité quotidienne de l'individu et celui de son information qui se réduisait à ce qu'il voyait et entendait autour de lui...

...Tant que l'harmonie subsiste entre ces rapports, l'homme trouve dans la culture une réponse à ses problèmes...

... En d'autres termes, la culture, héritage d'une tradition, apporte la sécurité parce qu'elle permet de répondre aux questions qui se posent tout au long de l'existence...

... L'acceptation du sort faisait partie de l'enseignement traditionnel, si bien que la vie était encore supportable, même au milieu des catastrophes, parce qu'en définitive tout s'insérait dans un ordre accepté...

... L'apparition de l'information de la culture des masses a bouleversé les cadres et les structures traditionnelles avant que l'homme ait pu s'y préparer...

... Chacun va se sentir concerné par une infinité de problèmes et de drames...

... Ce qui devient grave, c'est que, devant ce sentiment de responsabilité (donc de culpabilité, car l'individu ne peut rien faire d'efficace), la culture ne peut apporter de réponse parce qu'il n'existe plus de corrélation entre les dimensions du champ d'action du particulier et l'étendue cosmique de son information.

A partir du moment où l'homme ne trouve plus de réponse valable à ses problèmes, l'angoisse nait et le propre de notre civilisation est d'être essentiellement anxiogène..."

Dès lors, on voit à quel point la THAILANDE répond à une telle situation. Si le paysan, peu atteint par les mass média, continue à vivre au rythme de la mousson dans un univers de rizières, il ne peut pourtant pas ignorer le couvre-feu de minuit qui lui rappelle que la guerre et la guerilla sont à sa porte. En dehors de toute considération politique, la prise de conscience d'une violence toute proche, et l'impossibilité d'y porter remède, majorées par une philosophie

abstentionniste et fataliste, sont forcément source d'angoisse.

L'analogie avec les modèles occidentaux est par contre très nette à BANGKOK. Les sources d'information sont multiples dans cette ville qui est aussi un port et un aéroport. De nombreux étrangers y circulent, les journaux et les moyens audio-visuels y sont très répandus. De surcroît, la vie de tous les jours offre l'image de la coexistence saugrenue de la misère et du luxe, des masures surpeuplées et des hôtels ultra-modernes réservés aux touristes...

Il ne faut pas s'étonner alors que l'individu, et spécialement le jeune, plus enclin à l'idéalisme et à l'utopie, ressente avec acuité l'injustice d'un tel déséquilibre. Il se pose des questions, cherche à comprendre, cherche à se situer dans la société, tente d'envisager quelle sera sa vie, quel rôle il pourra jouer, et aboutit souvent à un constat d'échec et d'impuissance face à une civilisation dont il n'est qu'un rouage infime. Alors nait l'angoisse puis le désir d'oublier, de nier, de refuser, et de transgresser l'Ordre établi en s'évadant dans le plaisir et le monde imaginaire de la drogue.

V - PREVENTION ET TRAITEMENT

1° - ORGANISATION ADMINISTRATIVE DE LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES

En 1958, les opiomanes furent autorisés à se soumettre à un traitement médical dans un sanatorium appelé "Centre Gouvernemental de Traitement des Opiomanes". Il était situé à RANGSIT, à 43 Kms au Nord de BANGKOK. Le département des Services Médicaux, sous l'égide du Ministère de la Santé Publique prenait en charge les opiomanes pendant la première phase de désintoxication, alors que le département du "Bien-Etre Public", dépendant du Ministère de l'Intérieur, les prenait en charge lors de la phase de réadaptation. Après deux années d'exercice, le département du"Bien-Etre Public" fut chargé d'assurer les deux phases de la désintoxication. Mais au bout d'un an, les résultats obtenus s'avérèrent inappropriés et insuffisants, et le département des Services Médicaux reprit la responsabilité de la première phase. Vers la même époque, l'héroïne commenca à se propager en THAILANDE. Afin de résoudre les nouveaux problèmes qui apparaissaient, le gouvernement créa en 1961, le "Comité Central de Contrôle des Narcotiques", rassemblant des représentants des divers services intéressés. Trois tâches lui étaient dévolues :

- La supression du trafic, ce qui inclu la supression de la production et du commerce des stupéfiants.

- La prévention de la toxicomanie, pour faire face à un prosélytisme particulièrement actif. En effet, il a été démontré statistiquement qu'un toxicomane peut en créer en moyenne dix nouveaux. Pour éviter l'extension de la toxicomanie, il est donc nécessaire d'éduquer le public en lui faisant connaitre le danger que représente la drogue, et notamment l'héroïne.

- La prise en charge médicale du traitement. "Le Comité Central du Contrôle des Narcotiques" considéra que le "Centre Gouvernementale du traitement des Opiomanes" était inadapté aux nouveaux malades. Un nouveau mode de fonctionnement médical, basé sur une pratique plus moderne, s'avérait nécessaire et un plan technique fut soumis au Gouvernement :

a) le traitement médical et la réadaptation des toxicomanes doivent s'effectuer sous la seule responsabilité du Ministère de la Santé Publique, car il possède les membres les plus qualifiés pour effectués correctement cette tâche. Cette décision a été appliquée dès 1964.

b) il est nécessaire de créer des établissements permanents spécialisés dans le traitement des toxicomanes en différentes régions du pays :

- Au centre, à RANGSIT
- Au nord, à LAMPANG
- au sud, à SONGKHLA
- au nord-est, à KHON-KHEN

Deux raisons principales justifient cette décentralisation :

- Les toxicomanes se répartissent dans toutes les provinces et il serait malaisé et couteux de leur imposer un long voyage pour se faire traiter au seul hôpital central de RANGSIT.

- Il serait très onéreux, très long et peu pratique de ne devoir faire référence qu'à l'hôpital central pour l'identification des substances toxiques (démarche obligatoire).

c) il apparait fondamental d'accroitre le nombre de spécialistes et le personnel adapté à la prise en charge des toxicomanes.

Le Gouvernement accepta ce plan et entama sa mise en application sans tarder. En 1965, le Bureau reçut un budget de 10 Millions de nouveaux francs pour la construction de l'hôpital central à 29 Kms au nord de BANGKOK.

Il était entendu qu'il pourrait accueillir 500 malades. Un budget parallèle d'un Million de nouveaux francs concernait la décoration et l'équipement. L'établissement fut baptisé le THANYARAK HOSPITAL et commença à fonctionner du premier janvier 1967. Ses caractéristiques sont les suivantes :

* - En dehors des pavillons d'hospitalisation, il possède :

- Une salle de radiographie et de chirurgie
- Une salle de réunion
- Une pharmacie
- Une salle de stérilisation
- Une salle d'ergothérapie
- 68 bâtiments résidentiels

* - Personnel :

- 7 docteurs en médecine, présents de 8 h 30 à 16 h 30, l'un restant de garde pendant 24 heures
- 1 dentiste
- 2 pharmaciens
- 3 assistantes sociales
- 2 psychologues
- 24 infirmières diplômées
- 33 aides soignantes
- 1 directeur administratif
- 150 employés divers

* - Le budget annuel, alloué par l'Etat, est de 750.000 nouveaux francs.

* - Les soins sont gratuits à l'exclusion du cliché pulmonaire systématique.

Par contre, il n'existe toujours pas d'autres hôpitaux spécialisés dans les autres régions. Aussi, le département des Services Médicaux est contraint d'assurer le traitement des toxicomanes dans certains hôpitaux généraux de province (à LAMPANG, KHON-KHEN, et SONGKHLA). Cependant, les sections réservées aux toxicomanes disposent d'un personnel spécialisé et d'un budget indépendant de celui du fonctionnement général de l'hôpital. Seule la première phase de la prise en charge peut y être réalisée. Pour l'étape de réadaptation, les toxicomanes doivent être transférés au "THANYARAK HOSPITAL".

En revanche, la formation de spécialistes et de personnel adapté aux toxicomanes est pratiquée par le "THANYARAK HOSPITAL". Un enseignement y est assuré pour :

- Les praticiens issus d'autres unités médicales, chargés de la désintoxication des toxicomanes.
- Les étudiants en psychiatrie.
- Les élèves infirmiers en fin d'études.
- Des invités ou collègues étrangers.

2° <u>LES TOXICOMANES A L'HOPITAL</u>

Le séjour au THANYARAK HOSPITAL se déroule selon des modalités bien définies.

Les circonstances d'admission sont triples :

- Soit le toxicomane vient volontairement demander une cure de désintoxication.
- Soit la survenue de complications chimiques (coma, accidents de surdosage, troubles somatiques divers, manifestations psychiatriques) motive une hospitalisation qui peut être l'amorce d'une cure de désintoxication.

- Soit enfin, le toxicomane ayant enfreint la législation sur les stupéfiants est adressé à l'hôpital par les autorités judiciaires.

Le THANYARAK HOSPITAL possède 500 lits d'hospitalisation, et 5000 personnes approximativement y sont traitées annuellement.

Les drogues utilisées sont variables en fonction de l'hôpital. A l'hôpital central, en 1970, la répartition se faisait ainsi :

- Héroïne	2168 cas	75 %
- Morphine	600 cas	21 %
- Opium	100 cas	3,5 %
- Barbituriques - Marijuana - Kratom	10 cas	0,5 %

Actuellement, l'Héroïne reste très majoritaire, mais on peut noter une augmentation de l'utilisation des barbituriques, du haschich, de la marijuane et surtout des amphétamines. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une monotoxicomanie. Mais là aussi, on enregistre une tendance récente à la polytoxicomanie.

S'il existe un doute concernant les produits utilisés, ou en cas de comas par surdosage, ou bien encore s'il s'agit d'un toxicomane adressé par les services de police, le laboratoire de l'hôpital procède à l'identification de substances suspectes, notamment par chromatographie.

Dès lors, le toxicomane est admis dans un pavillon, et la première phase du traitement va consister en une cure de sevrage. L'arrêt brutal et immédiat de la prise de drogue risque de faire apparaitre une "crise de manque" qui associe :

A - des troubles somatiques :

- Douleurs abdominales et lombaires

- Contractions musculaires

- Arthralgie

- Troubles digestifs divers : nausées, vomissements, diarrhées

- Sueurs profuses

- Dyspnées

- Perturbations cardio-vasculaires

- B - des troubles neuro-psychiatriques :

- Agitation pouvant aller jusqu'à un état d'excitation paroxystique

- Troubles de l'humeur (crises de larmes, agressivité, etc...)

- Insomnie tenace

- Angoisse extrême qui laisse toujours peser le risque d'autolyse.

La gravité des symptomes est fonction de la nature de chaque drogue utilisée, de la quantité absorbée et de la durée de la toxicomanie. Pour éviter la crise de manque, un traitement approprié immédiat est indispensable, il associe des antalgiques, des tranquilisants et des hypnotiques. Les neuroleptiques paraissent peu utilisés en THAILANDE, notamment la Chlorpromazine en raison de sa toxicité pour le foie. Cependant, une phénothiazine semble donner de bons résultats : il s'agit de la "Promazine Hydro-chloride" (Sparine*), non commercialisée en France, à la dose de 100 à 300 miligrammes, 4 fois par jour.

On ne peut pas toujours se contenter d'une telle thérapeutique, particulièrement chez les héroïnomanes qui prennent parfois des doses si élevées (0,5 à 1 gramme d'héroïne par jour) que les symptomes de manque apparaissent même sous traitement. Il faut alors recourir à un traitement de substitution par la Méthadone. La posologie est fonction de la dose d'Héroïne à laquelle était acoutumé le toxicomane. De toute façon, on ne dépasse jamais 40 mg de Méthadone par jour. Les doses

sont diminuées progressivement en dix jours, puis le relais est assuré essentiellement par des tranquilisants.

Pendant la cure de sevrage, un bilan médical est commencé et certains troubles peuvent être diagnostiqués qui nécessiteront un traitement parallèle :

A - Troubles somatiques, surtout

a) Tuberculose - L'association tuberculose-toxicomanie est très fréquente en THAILANDE. Les malades sont isolés des autres toxicomanes afin d'éviter la contagion, et ils reçoivent un traitement mixte, anti-tuberculeux et de désintoxication.

b) Cirrhoses - Elles sont fréquentes et sont bien plus la conséquence de la dénutrition et de la misère physiologique que de l'action directe des substances toxiques.

c) Etats de dénutrition

d) Bronchopneumonies

e) Hémoroïdes, très fréquentes

f) Hépatites

g) abcès aux points d'injection

(rares, puisque la voie injectable n'est utilisée que par 10 à 20 % des toxicomanes.

B - Troubles psychiatriques

Ils ne sont pas très fréquents, réalisant des tableaux divers, de l'hypomanie à l'état dépressif sévère avec tentative de suicide, du déséquilibre caractériel simple à la psychose. Il semble cependant que la pathologie rencontrée reste le plus souvent limitée à un simple déséquilibre ou à des troubles névrotiques mineurs. L'importance déterminante du produit utilisé est essentielle : si l'héroïne et les opiacés n'entrainent que peu de complications psychiatriques, il n'en n'est pas de même du L.S.D., des barbituriques et surtout des amphétamines dont le danger ne sera jamais assez souligné.

Au bout de 10 à 14 jours de traitement, le sevrage physique est réalisé mais il n'en n'est pas de même de la dépendance psychologique. Le plus important reste à faire : il s'agit de corriger non seulement les troubles du comportement et de la personnalité issus de la prise de drogue, mais surtout les causes qui ont poussé certains sujets à se droguer. En effet, si la majorité des anciens toxicomanes rechute, c'est peut-être parce qu'ils présentent certains troubles psychologiques ou neuro-psychiatriques, mais c'est avant tout parce que la drogue leur permet de résoudre de multiples problèmes quotidiens (difficultés familiales, économiques, ou liées à l'environnement, douleurs causées par certaines maladies). La nécessité d'un bilan global se fait donc sentir, et le toxicomane va passer dans un autre pavillon où il va être pris en charge par les psychiatres, des psychologues, des assistantes sociales, des sociologues, et des médecins spécialisés dans les différentes disciplines médicales. Au bout d'une semaine d'observation, un staff réunit toute l'équipe et il est alors possible de poser un diagnostic, d'établir une thérapeutique adaptée et de déterminer le type d'occupation à confier au toxicomane convalescent.

Ainsi est abordée la troisième étape de la prise en charge : le toxicomane passe dans un nouveau pavillon où il restera jusqu'à sa sortie. Il y sera soumis à deux sortes de traitements :

A - La psychothérapie, individuelle surtout, parfois de groupe.

Cette psychothérapie s'avère indispensable pour résoudre les troubles profonds de la personnalité et prévenir la récidive. En effet, de nombreux toxicomanes rechutent lorsqu'ils sortent de l'hôpital car ils se retrouvent alors affrontés aux mêmes problèmes que ceux qui avaient déterminé chez eux le désir de s'évader dans la drogue. S'il

n'appartient pas au psychothérapeute de reconstruire une cellule familiale éclatée, de guérir les injustices sociales, de modifier l'environnement, et de transformer radicalement les critères de valeurs sur lesquels repose la civilisation moderne, tout au moins peut-il aider le toxicomane à vivre dans la réalité, et avec la réalité. celà ne sous-entend pas forcément que le toxicomane ait à s'intégrer dans la société, et à accepter passivement ou à subir l'ordre établi. Mais il faut qu'il apprenne à ne plus nier les problèmes qui se posent, à mieux se définir lui-même, à comprendre les raisons profondes qui motivent son refus d'intégration, et dès lors à envisager des formes de réaction autres que l'abandon pur et simple, et la fuite dans la drogue. A ce titre, l'exemple occidental d'anciens toxicomanes qui sont partis vivre dans des communautés rurales, aux ressources artisanales, prouve qu'il est possible d'accéder à une certaine forme de bonheur dans des conditions marginales, sans pour autant avoir recours à la drogue.

B - Les thérapies occupationnelles

Les toxicomanes, pour la plupart, n'ont pas de métier déterminé et ne peuvent donc pas gagner leur vie, ce qui explique en partie la fréquence des rechutes. L'ergothérapie et l'apprentissage dans une orientation de leur choix sont essentiels pour permettre une réadaptation efficace. Les avantages sont multiples :

- Le toxicomane sortira de l'hôpital avec une formation professionnelle qui lui permettra de trouver un emploi et d'assurer son existence.

- L'apprentissage lui occupe l'esprit et lui évite de ne penser en permanence qu'à sa vie d'autrefois.

- Les travaux sont rémunérés, ce qui permet aux toxicomanes de quitter l'hôpital avec une certaine somme d'argent.

Les apprentissages sont dirigés par des ergothérapeutes. Avant de confier un travail à un patient, on teste et on analyse son intelligence, son adaptabilité, ses gouts, etc... Les résultats sont évalués de façon à permettre à chacun d'effectuer la tâche qui lui convient. Ainsi l'apprentissage est moins long et plus facilement réussi. Les travaux proposés sont toujours des activités manuelles, à faible budget, ne nécessitant pas des machines compliquées que les toxicomanes ne pourraient pas se procurer à leur sortie.

Dans le cadre des thérapies occupationnelles, les sujets sont ammenés à décorer eux-même leur hôpital, à prendre soin des pelouses et des fleurs, etc... Ils ont même formé un orchestre et, une fois par mois, a lieu une petite fête où ils dansent et font de la musique.

L'ergothérapie rapporte à l'hôpital plus d'argent qu'il n'est nécessaire pour le fonctionnement des activités occupationnelles, ce qui permet de réduire les exigences concernant le budget total.

En dépit de la qualité de la prise en charge hospitalière, le toxicomane à sa sortie d'hôpital va se heurter à de multiples difficultés, et les frustrations ressenties risquent de provoquer une rechute. Pour contrôler un tel danger, il est indispensable d'envisager une post-cure qui peut se dérouler selon trois modalités :

a) Contact régulier par lettre avec chacun des toxicomanes.

b) Délégation d'assistantes sociales auprès des malades sortis.

c) Prolongation, sur un mode ambulatoire, de la psychothérapie entamée lors de l'hospitalisation. L'ancien toxicomane revient à l'hôpital, une ou plusieurs fois par semaine, s'entretenir

avec le psychothérapeute, et ceci pendant plusieurs années s'il le faut.

Le THANYARAK HOSPITAL fonctionne selon des règles assez strictes destinées à empêcher l'entrée de drogues dans les pavillons, et à éviter un séjour hospitalier de trop courte durée, qui ne serait alors d'aucune utilité.

Les visites sont interdites pendant la première semaine. Elles sont autorisées ensuite et se déroulent dans une salle spésiale, sous la surveillance d'un garde. Si les visiteurs veulent donner un cadeau ou un colis aux patients, la paquet doit passer par l'intermédiaire du garde qui opère une fouille minutieuse.

Dans la mesure où les toxicomanes sont entrés volontairement dans l'hôpital, ils peuvent en sortir quand ils le désirent. Néanmoins, la règle hospitalière leur demande de rester au minimum 45 jours. S'ils décident de partir avant ce délai, ils ne seront pas réadmis avant 4 mois. En pratique, l'hospitalisation dure de trois à six mois. On envisage actuellement un amendement de la législation qui obligerait les patients à une hospitalisation d'au moins six mois, délai qui paraît nécessaire pour amorcer efficacement la réadaptation.

Si un toxicomane se drogue au cours de son séjour à l'hôpital, il est envoyé à la police et sera emprisonné. En l'absence de preuves formelles (et notamment découverte du produit utilisé), mais devant des signes évidents de la prolongation de l'intoxication, il est expulsé de l'hôpital (à moins d'une décision contraire de l'équipe lors du staff), et ne sera pas réadmis avant un an. "Il faut qu'ils aient peur des règles de l'hôpital" disait un médecin.

Le bilan est difficile à établir :

- 60 % des toxicomanes traités sont réadmis après un certain temps.

- D'autres ne reviennent jamais. Ils sortent sevrés physiquement et on ne les revoit plus. Peut-être sont-ils "guéris", peut-être aussi recommencent-ils à se droguer clandestinement. Aucune statistique ne peut chiffrer le pourcentage de réussite.

CONCLUSION

Ce n'est pas un simple désir d'exotisme qui a déterminé le choix du sujet de cette thèse. De la connaissance des problèmes posés par la toxicomanie dans un pays où la drogue est une vieille tradition, peut surgir une meilleure compréhension de la toxicomanie en France et dans les pays occidentaux. Le constat de certaines analogies et de certaines différences peut susciter quelques remarques :

1° - Pour parfaire leur connaissance, les spécialistes thaïlandais de la toxicomanie ont été envoyés en stage dans les pays occidentaux. Ils ont pu alors s'informer des méthodes modernes de prise en charge. Ainsi le traitement de la "crise de manque" semble assez proche de celui qui est pratiqué en France. Dans la majorité des cas, le recours aux neuroleptiques n'est pas nécessaire, et ceci corrobore notre expérience personnelle. L'efficacité de la Méthadone est très contreversée en THAILANDE. Certains parlent de succès, d'autres d'un échec, considérant qu'on aboutit en fait qu'au remplacement d'une toxicomanie par une autre plus anodine. La méthadone est introduite en France depuis trop peu de temps pour qu'on puisse déjà dresser un bilan de son efficacité. Il est cependant à craindre qu'elle ne soit que de peu d'utilité, dans la mesure où la quasi-totalité des toxicomanes "décroche" sans problème sous la simple association : tranquillisants - antalgiques - hypnotiques.

Face à la THAILANDE, et son hôpital central de 500 lits, la FRANCE fait piètre figure avec en tout et pour tout un seul centre spécialisé, le Centre Médical MARMOTTAN, disposant de 22 lits. Si une telle disproportion devait persister, elle serait de nature à créer quelques inquiétudes pour l'avenir...

2° - En THAILANDE, pendant un siècle, la production et le commerce de l'opium se sont opérés sous l'égide de l'Etat. On ne peut nier qu'il en soit résulté une meilleure prévention et un meilleur contrôle de la toxicomanie. On pourrait donc être tenté de soutenir par cet argument la thèse de ceux qui parlent de légaliser en FRANCE l'usage de certaines drogues (notamment le Marijuana et le Haschich) et d'en faire un monopole d'Etat, comme il en est du tabac. Effectivement, un tel projet n'est pas aberrant tant qu'on se situe au niveau de la toxicité, comparée par exemple à celle de l'alcool. Pourtant, deux arguments sont à opposer :

- L'exemple du tabac doit inciter à la prudence ; la mise sous monopole d'Etat n'a pas particulièrement contribué à diminuer le pourcentage de cancers bronchiques et d'insuffisances respiratoires, au contraire...

- Surtout, il faut tenir compte de la démarche très particulière des "nouveaux" toxicomanes. Chez eux, la prise de drogue est fondamentalement sous-tendue par la transgression d'un interdit. Si l'usage du haschich et de la marijuana devient libre, les toxicomanes seront amenés à transgresser l'interdit à un échelon supérieur de l'escalade, et on risquerait alors de constater un accroissement brutal du recours aux drogues "dures".

3° - Au niveau de la répression, il faut tirer quelques leçons du modèle Thaïlandais.

Si en THAILANDE, la loi est plus sévère pour les gros trafiquants, elle est par contre plus indulgente pour les simples utilisateurs qui sont pratiquement tous hospitalisés.

La loi du 31 décembre 1970 donne aux magistrats français la possibilité d'accorder le bénéfice d'une hospitalisation au sujet qui devrait être emprisonné pour usage de stupéfiants. Mais une telle alternative n'est pas systématique :

- Elle est laissée à l'appréciation du juge
- Elle ne concerne que la première infraction

Ceci explique le nombre considérable de toxicomanes qui se trouvent dans les prisons françaises. Pourtant la quasi-totalité des autorités compétentes policières, judiciaires et médicales s'accordent pour constater l'échec de l'incarcération. Dans l'heure qui suit sa sortie de prison, le toxicomane recommence à se droguer. L'effet d'intimidation ou d'exemplarité paraît nul. Peut-être faudrait-il suivre l'exemple de la THAILANDE, et envisager un amendement de la loi, qui permettrait de procéder systématiquement à une prise en charge médicale.

4° - On aurait pu croire, à priori, que l'usage de drogues était parfaitement admis en THAILANDE. La réalité est plus nuancée. Depuis sept siècles, les régimes politiques successifs, conscients du danger que peut représenter la drogue, tant pour l'individu que pour la collectivité, ont pris de multiples dispositions pour combattre la toxicomanie. Cependant, en raison de la mentalité particulière de l'asiatique et de considérations d'ordre ethnologique, l'usage de l'opium reste malgré tout justifié et excusé par la majorité de la population. Le Thaïlandais a, vis à vis de l'opium, à peu près la même réaction que le Français vis à vis de l'alcool. Si la signification n'est pas la même, il s'agit dans les deux cas d'un comportement intégré dans une culture et une tradition.

Par contre, en THAILANDE comme en FRANCE, l'attitude du public face aux "nouveaux" toxicomanes reste uniforme : rejet, mépris, intolérance et sévérité. Il est plus facile de juger sans savoir que de chercher à comprendre, quitte à se remettre soi-même en question...

La notion même de ces nouveaux toxicomanes Thaïlandais semble confirmer que, dans le monde entier, une fraction de plus en plus importante de la jeunesse ressent un malaise existentiel profond. Aucun pays, aucun régimepolitique, qu'il soit capitaliste, communiste, socialiste ou autre, n'est indemne.

Alors, si ce n'est pas la politique qui est en cause, il faudrait peut-être convenir qu'il s'agit avant tout d'une remise en question du rôle de l'homme dans la civilisation actuelle, d'une interrogation sur l'intérêt d'un Progrès qui a tendance à rendre les hommes esclaves de la technologie alors qu'elle devrait être à leur service.

Il s'agit peut-être essentiellement du refus de l'absurdité d'une vie qui consiste pour des milliards d'êtres humains, à produire le plus possible, consommer un peu, et puis mourir.

- B I B L I O G R A P H I E -

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

* BELLANGER J.-L.

La Chasse au dragon. La stupéfiante histoire de la drogue dans le monde.

Paris. DEL DUCA 1961

* BRAU J.-L.

Histoire de la drogue

TCHOU

* CHOPRA G. S. et CHOPRA P. S.

Etude de 300 toxicomanes Indiens. Aspects psychologiques, étiologiques et traitement.

Bulletin des stupéfiants, 1965, V. 17, n° 2, page 1 - 9

* DUBE K. C. et HANDA S.K.

Toxicomanie chez le sujet sain et le malade mental dans une population indienne.

Brit. J. Psychiat., mars 1971, 118, n° 544, 345 - 346.

* GARNIER M.

La drogue. Considérations historiques et sociologiques.

Rev. Med. Dijon, av. 1972, 7, n° 4, 239 - 246.

* OLIEVENSTEIN C.

La drogue.

"Pour mieux vivre". Editions Universitaires 1970.

* STOLLER A.

Assignment Report on Mental Health Situation in THAILANDE.

World Health Organisation, Regional Office Document

SEA / ment / 7, 1959.

* Périodiques

+ Ivresse chimique et crise de civilisation.

Les cahiers Sandoz. N° 18. Novembre 1970.

+ Toxicomanies

La Vie Médicale. N° spécial. septembre 1970.

++ Toxicomanies

La Revue du Praticien. Tome XXI, n° 7, premier mars 1971.

+ Toxicomanies d'aujourd'hui.

Perspectives Psychiatriques, n° 26, IV, 1969.

- S O M M A I R E -

I - INTRODUCTION ..... Page 1

II - CONSIDERATIONS GEOGRAPHIQUES ET HISTORIQUES ..... " 3

1° - Situation géographique ..... " 3

2° - Considérations historiques ..... " 4

III - LES DROGUES EN THAILANDE ..... " 8

1° - Les Drogues ..... " 8

2° - Trafic et Répression ..... " 13

IV - LES TOXICOMANES EN THAILANDE ..... " 18

V - PREVENTION ET TRAITEMENT ..... " 24

1° - Organisation administrative de la prise en charge ..... " 24

2° - Les toxicomanes à l'Hôpital ..... " 27

CONCLUSION ..... " 36

BIBLIOGRAPHIE ..... " 40

Vu Le Président de Thèse
Professeur Jean LAPRESLE

Vu Le Doyen de la Faculté
Professeur A. MONSAINGEON

Vu et Permis d'imprimer Le Recteur de l'Académie de Paris
R. MALLET